

緩和ケア外来・病棟入院申込書(主治医記入用)

※必要事項の記入と各項目の該当するものにチェック☑をお願いいたします。主治医の同意が得られている場合は、他職種の代筆も可。

記入日: 令和 年 月 日
記入者:

基本情報	
ふりがな 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 T・S・H 年 月 日 歳
①原疾患名	
②転移:	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位:
原疾患に伴う合併症:	
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他()
③予想される予後	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 半年~1年 <input type="checkbox"/> 数か月 <input type="checkbox"/> 月単位 <input type="checkbox"/> 週単位 <input type="checkbox"/> 日単位
急変について	<input type="checkbox"/> 急変の可能性が高い
病状の説明(説明しているもの全てに✓してください)	
④<患者様に対して> 説明時期()ごろ	
<input type="checkbox"/> 病名 (具体的には:)	
<input type="checkbox"/> 予後 (具体的には:)	
<input type="checkbox"/> 転移・再発 (具体的には:) <input type="checkbox"/> 急変の可能性	
<input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:	
⑤<ご家族に対して> 説明を受けたご家族の名前: 説明時期()	
<input type="checkbox"/> 病名 (具体的には:)	
<input type="checkbox"/> 予後 (具体的には:)	
<input type="checkbox"/> 転移・再発 (具体的には:) <input type="checkbox"/> 急変の可能性	
<input type="checkbox"/> 説明したが理解されていない <input type="checkbox"/> 説明していない 理由:	
⑥延命処置の説明・同意の有無	説明内容: 延命処置しないことに同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
困難な症状、医療処置について	
疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位: 原因として考えられること:
その他コントロールが難しい症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (倦怠感・不眠・嘔気・食欲不振・呼吸苦・気分の落ち込み・不安) (その他)
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他()
感染・その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置内容:
現在の処置	褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置内容: 酸素 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり リットル/min
チューブ類有無	輸液ルート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 酸素 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
今後の治療について	
悪性腫瘍の縮小・治療を目的とした治療の予定は <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的には:)	
その他診療で留意すべき点がございましたら、お書きください。	
⑦※当院緩和ケア病棟へ入院されるまでの間、緊急入院が困難なため、緊急入院が必要な場合は紹介元の医療機関で対応をお願いしています。(緊急入院が必要な場合は、一般病棟で対応しています。)	
・緊急入院の場合、貴院での対応は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 ・対応不可の場合の対応方法についてはどのように考えていらっしゃいますか	
※現在使用中の薬剤情報(内服薬、貼付薬、輸液内容等)、画像所見、採血データを添付してください	
ご協力ありがとうございました	